

5B. Promuovere la sicurezza in casa

La sicurezza della casa è un importante valore aggiunto per il benessere del bambino, ha un valore protettivo nei primi anni di vita ed educativo per una “Cultura della Prevenzione” attraverso la scelta di comportamenti sani.

Gli incidenti domestici secondo l'OMS rappresentano una causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati e, sia pure in modo differenziato, non risparmiano nessuna fascia d'età.

- L'**EUROSAFE**, l'Agenzia Europea per la Sicurezza, nel rapporto del 2009 mostra il rilevante contributo degli incidenti domestici all'incidentalità più generale e sottolinea come, in Italia, malgrado gli enormi miglioramenti, gli incidenti domestici rimangono **la prima causa di morte nella fascia 0-14 anni**.
- I fattori di rischio di incidente domestico nei primi anni di vita sono:
 - **fattori strutturali della casa**, che dipendono dalle caratteristiche intrinseche dell'agente materiale con cui avviene l'incidente;
 - **fattori comportamentali**, che dipendono da caratteristiche individuali del bambino vittima dell'incidente e/o dell'adulto responsabile.
- Nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.
- Ciò che rende difficile la prevenzione è, da un lato, la grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti e, dall'altro, l'acquisizione progressiva di nuove abilità da parte del bambino che a volte anticipano le capacità di previsione degli adulti di riferimento.

Raccomandazioni

I genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- l'incidente domestico nella maggior parte dei casi non è una tragica fatalità, ma può essere evitato adottando semplici accorgimenti di prevenzione;
- la prevenzione prevede modifiche strutturali che riguardano l'ambiente domestico;
- la prevenzione prevede cambiamenti comportamentali e di stile di vita della famiglia;
- spesso un comportamento non adeguato dell'adulto è causa di incidente al bambino;
- la sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso *l'attenzione degli adulti* e quando il bambino diventa più autonomo nel movimento, all'attenzione bisogna aggiungere una riorganizzazione degli spazi e degli oggetti proporzionata ai diversi gradi di autonomia delle tappe di sviluppo del bambino.



La casa a misura dei suoi abitanti

È strano pensare che il luogo dove ci si sente più sicuri è, in realtà, quello nel quale avvengono più incidenti. La casa non è priva di insidie e se a queste aggiungiamo un comportamento a volte incauto, corriamo il rischio di incorrere in un incidente o far sì che le persone più fragili che abitano la casa, come i bambini, ne siano vittime.

Le cause di un incidente possono essere diverse e interagire tra loro; rendere sicura la casa significa adattarla alle necessità e alle abilità delle persone che vi vivono. Non esiste, infatti, un concetto astratto di casa, ma la casa che ognuno costruisce, sceglie, organizza e vive. Per questo motivo è difficile prescrivere i comportamenti corretti, gli arredi più adatti, i prodotti meno nocivi da utilizzare, perché significa entrare nello stile di vita della famiglia e condizionarne le scelte.

Quello che è possibile fare è invitare ognuno ad osservare con occhio attento la propria casa mettendo in relazione le possibilità, le abilità e le abitudini degli abitanti con i possibili rischi. Se poi in casa arriva un bambino bisogna considerare i continui cambiamenti ai quali va incontro; le nuove abilità che acquisisce, il piacere per la scoperta che lo caratterizza, la scarsa percezione del rischio che lo contraddistingue.

Il percorso verso la sicurezza è un viaggio interessante, che ci può dare la soddisfazione di “arrivare prima che...”

Qual è la via della sicurezza?

Il tema della sicurezza può essere considerato “nuovo” tra quelli trattati nell’attività di promozione della salute; la sanità ha sempre curato gli esiti degli incidenti, ma gli aspetti tecnici

della prevenzione di questi eventi sono stati a lungo considerati estranei al mondo sanitario. Soltanto con la legge 493 del 1999, si fa riferimento al Dipartimento di Prevenzione come Servizio deputato al monitoraggio e alla prevenzione degli incidenti domestici e, soltanto grazie al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 la sicurezza domestica entra, a pieno titolo, tra i temi della promozione della salute.

La normativa può migliorare efficacemente la sicurezza e la prevenzione degli incidenti domestici come ad esempio le disposizioni sulla messa a norma degli impianti elettrici e del gas, le indicazioni sull'altezza dei parapetti e sulle caratteristiche delle scale. Ciò nonostante l'EUROSAFE, l'agenzia europea per la sicurezza, nel rapporto del 2009 sottolinea come, sebbene in Italia rispetto alla fine degli anni '80 si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Nel nostro paese nel 2003, 1027 bambini e adolescenti sono morti per infortunio: se il tasso di infortuni in Italia fosse ridotto al livello registrato in Olanda, il paese più sicuro, si stima che 270 (28%) di queste vite si sarebbero salvate^q.

Secondo dati più recenti (§ paragrafo: i dati) nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Viene pertanto sottolineata la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia e le indicazioni generali che vengono date sono:

- intervenire sulla prevenzione dell'annegamento introducendo leggi sull'uso del salvagente e munendo le piscine di recinzioni;
- introdurre nuove norme di sicurezza contro le scottature e le ustioni, attraverso l'uso della regolazione degli scaldabagni e gli impianti di rilevatori di fumo;
- garantire maggiore sicurezza contro il soffocamento e gli strangolamenti, introducendo leggi che regolino le caratteristiche dei giochi e dei vestiti dei bambini;
- rafforzare la consapevolezza dei cittadini sui rischi degli incidenti e sensibilizzarli alla prevenzione.

Ed è su quest'ultimo punto che gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante attraverso un'opera paziente e costante di informazione.

In generale va sottolineato che il quadro poco rassicurante messo in luce dai dati disponibili, richiede un impegno costante e la formazione di alleanze durature tra i soggetti chiamati istituzionalmente a legiferare, decidere e lavorare concretamente su questi aspetti come, ad esempio: la scuola, i vigili del fuoco, gli impiantisti, l'Italgas, l'ENEL e, all'interno della Sanità, in particolare gli operatori del Dipartimento Materno Infantile e gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

I dati

Una riflessione sui dati disponibili e sulle carenze nella rilevazione e nel monitoraggio del fenomeno si impone, anche perché il problema sicurezza spesso si ferma alla notizia

^q *Child Safety Report Card 2009*, EuroSafe.

di cronaca e soltanto con estrema lentezza entra nelle norme legislative ed ancor più lentamente nella consapevolezza di chi si occupa di un bambino.

Non è semplice reperire dalle fonti correnti i dati relativi agli incidenti domestici; i flussi del Pronto Soccorso (PS) nella maggior parte dei casi individuano solo in modo separato la provenienza del paziente e la causa di ricorso, i dati non sono collegabili e quindi non è possibile capire quanti traumi provengono dalla casa, né quante persone che giungono al PS da casa hanno subito un trauma.

Per colmare questa lacuna l'Istituto Superiore di Sanità ha attivato una Sorveglianza per la raccolta di informazioni sul numero, ma anche sulla dinamica degli incidenti (SINIACA). La scheda di rilevazione viene compilata dai servizi di PS che hanno aderito al programma su base volontaria; purtroppo l'adesione volontaria ha impedito una diffusione capillare del sistema ed i dati sono a "macchia di leopardo", con Regioni interamente scoperte.

Un ulteriore tentativo, è quello della definizione di un "minimum data set" nazionale, di rapida compilazione che permetta la quantificazione del fenomeno per tipologia di incidente, gravità dell'evento, esito del passaggio in PS e caratteristiche anagrafiche dell'infortunato. Questo sistema, coordinato dalla Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, sta producendo le prime informazioni nelle Regioni che hanno aderito al progetto e, i tassi di ricorso al PS per incidente sono sostanzialmente sovrapponibili nei diversi territori. Anche in questo caso il dato è parziale e copre soltanto una parte del territorio nazionale. Inoltre, si sta lavorando per raggiungere un maggior grado di completezza ed affidabilità dei dati.

Infine, sono stati condotti in questi anni alcune indagini ad hoc multicentriche su aspetti specifici dell'ampia problematica legata agli incidenti domestici, alcuni coordinati dall'ISPESL^r, altri dal CCM^s.

Dalla lettura delle diverse fonti citate il quadro che emerge può essere così riassunto: nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Il soffocamento per ingestione di corpo estraneo e le ustioni del bambino sono raramente osservati nella casistica generale di pronto soccorso (soffocamento: 0,2%; ustioni e corrosioni: 2,6%), ma rappresentano le prime cause di morte per i bambini tra i 5 ed i 9 anni d'età e, rispettivamente, la seconda e la terza per quelli fino a 4 anni (prima causa: annegamento). I bambini sotto i cinque anni d'età rappresentano oltre il 20% di tutta la casistica molto grave (codici rossi: casi gravissimi)^t.

La grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti, oltre che l'acquisizione continua di nuove abilità da parte del bambino, che a volte anticipano le capacità di predizione degli adulti di riferimento, rende difficile la prevenzione degli incidenti domestici.

Per evidenziare la dimensione del fenomeno riportiamo, come esempio, alcuni dati sugli incidenti registrati nei PS della Regione Piemonte dove da alcuni anni si sta lavorando per rendere completa e affidabile l'informazione sugli incidenti domestici; questi dati sono

^r ISPESL, Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro § www.ispesl.it.

^s CCM, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie § www.ccm-network.it.

^t Pitidis A., Taggi F., Dati SINIACA 2005 -2006.

stati confrontati con quelli della Regione Lazio dove l’Agenzia Regionale ha avviato una raccolta sistematica dell’informazione proveniente dai PS (§ tabella 1). Il confronto ha mostrato una buona comparabilità.

Tabella 1. Accessi in PS per incidente domestico. Piemonte e Lazio, 2008

Età	Genere	Piemonte			Lazio		
		N	%	Tasso incidenza (per 1000)	N	%	Tasso incidenza (per 1000)
0-11 mesi	maschi	1116	53.6	56.33	1173	52.0	43.70
	femmine	965	46.4	51.43	1084	48.0	43.25
	totale	2081		53.94	2257		43.48
12-47 mesi	maschi	4732	56.6	80.76	5344	56.3	64.74
	femmine	3627	43.4	65.60	4146	43.7	53.23
	totale	8359		73.40	9490		59.15

Facendo riferimento al 2008, che è l’anno con dati più completi ed attendibili, è rilevante il tasso di accesso al Pronto Soccorso per incidente domestico nel primo anno di vita; alla luce di questo dato 5 bambini di età inferiore al primo anno di vita ogni 100 in Piemonte, e 4 su 100 nel Lazio.

Se si pensa che sono bambini molto piccoli, affidati completamente alle cure di un adulto, e con ridotta autonomia, entra certamente in gioco “l’attenzione” della persona a cui sono affidati.

I bambini in età prescolare (1-4 anni) sono comunque caratterizzati da un tasso di accesso in PS per incidente domestico piuttosto alto (7% in Piemonte e 6% nel Lazio). Siccome a questa età i bambini si muovono sempre più autonomamente e sono sempre più capaci di individuare in modo autonomo i rischi, resta importante la capacità degli adulti di mettere in sicurezza la casa, sia per quanto attiene all’organizzazione degli spazi, sia alla sicurezza degli impianti, sia alle parti strutturali.

Quanto alla gravità, dai dati riportati emerge che se anche nella maggior parte dei casi i codici attribuiti ai bambini che si sono rivolti al PS in seguito ad incidente domestico sono di basso livello di gravità, vi sono alcune centinaia di casi con codice giallo e quindi con compromissione di parametri vitali e qualche codice rosso che indica una condizione di grave criticità. Inoltre si evidenzia che la maggior parte dei casi esita in dimissione, mentre i più gravi vengono trattenuti in regime di ricovero. Sui decessi bisogna, purtroppo, ricordare che quelli qui riportati sono relativi ai bambini giunti vivi in PS; a questi vanno aggiunti i bimbi morti sul luogo dell’incidente.

Tabella 2. Accessi in PS per incidente domestico. Codice Triage ed esito. Regioni Piemonte e Lazio, 2008

Età	Triage								Esito					
	Bianco		Verde		Giallo		Rosso		Ricovero		Decesso		A domicilio	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-11 mesi														
Piemonte	384	18.4	1586	76.21	106	5.09	5	0.2	116	5.7	0	0	1909	94.27
Lazio	12	0.53	1812	80.39	426	18.90	4	0.18	249	11.03	0	0.00	2008	88.97
12-47 mesi														
Piemonte	1336	15.98	6750	80.75	269	3.21	4	0.04	188	2.3	2	0.02	7958	97.66
Lazio	82	0.87	8187	86.39	1197	12.63	11	0.12	356	3.75	0	0.00	9134	96.25

Per quanto complesso un esame dei dati epidemiologici è assolutamente necessario per orientare le politiche. Un'attenzione alle specificità delle varie fasi di sviluppo è ineludibile: è importante pertanto l'adozione di sistemi di sorveglianza locali coerenti e confrontabili con i sistemi di rilevazione correnti.

Perché è importante parlarne con i genitori

Dall'indagine di sorveglianza *PASSI^u* emerge un dato significativo relativamente alla percezione del rischio nella popolazione in ambiente domestico; dall'analisi dei questionari somministrati in Italia nel 2008, che confermano i dati registrati nel 2007, risulta che circa il 92% degli intervistati ritiene che il rischio di incidente in casa sia basso. Inoltre, meno del 30% degli intervistati dichiara di aver avuto informazioni sui rischi presenti in casa e di questi un terzo dice di aver apportato modifiche all'interno della casa a seguito delle informazioni ricevute.

Questi dati ci dicono che l'informazione non è ancora riuscita a raggiungere una parte rilevante della popolazione (circa 3 persone su 10), nonostante la normativa e l'attenzione crescente che la cronaca pone ai casi di incidenti domestici. Tuttavia dove l'informazione c'è stata, la consapevolezza del rischio si è modificata in una percentuale significativa: infatti il 30% ha dichiarato di aver modificato qualcosa nella propria casa. Questo dato è promettente e ci indica che, se le informazioni sulla sicurezza domestica fossero date in maniera più diffusa e omogenea, si potrebbe raggiungere un numero considerevole di nuclei familiari, migliorando la sicurezza in casa.

Accanto alla sensibilizzazione della popolazione è importante fornire strumenti ai genitori.

^u Cfr pag. 144.

Alla nascita di un figlio infatti i genitori sono in un momento di particolare recettività verso i messaggi che riguardano il bambino: qualcosa di importante cambia nella loro vita, modificare la casa può essere una logica conseguenza.

Ciò che in realtà accade è che i genitori sono oberati di informazioni su tutto quello che può “servire” al loro bambino, la pubblicità utilizza questo particolare momento per far diventare “essenziali” molti oggetti, strumenti e prodotti di uso quotidiano e tutto questo fa passare in secondo piano un’informazione accurata e continuativa su cosa “fare” per la sicurezza del bambino.

L’aspetto più importante che tuttavia rischia di essere sottovalutato dai genitori è proprio la continua evoluzione del bambino e delle sue capacità. Progressi che ci sorprendono e ci fanno sorridere compiaciuti, dovrebbero anche farci pensare a: “dove è ora in grado di arrivare”, a “cosa è in grado di fare” e di conseguenza a quali rischi potrà andare incontro se “arrivasse fin lì”.

Se l’obiettivo è quello di creare nel genitore una “*Cultura della Prevenzione*” che gli permetta di “osservare” e non soltanto di guardare, l’ostacolo principale è “l’abitudine” agli oggetti ed alla loro disposizione. Anche là dove ad un occhio estraneo è evidente un’anomalia, è difficile, se non si presta particolare attenzione, individuare un rischio da parte di chi ogni giorno vede:

- i farmaci su un angolo della credenza
- l’asciugacapelli con la spina inserita sul ripiano vicino al lavandino
- l’asse da stiro con il ferro ancora caldo in cucina
- il manico della padella che sporge dai fornelli
- il tavolino con le sedie sul balcone...

Naturalmente gli esempi possono moltiplicarsi, ma per quanto ci si sforzi di individuare tutte le situazioni di rischio possibili, l’elenco non sarà mai esaustivo e le condizioni alla base di un incidente saranno sempre diverse; ecco perché in questo caso non si può insegnare un’attività o prescrivere soluzioni preconfezionate, ma è necessario aiutare prima i genitori e poi i bambini stessi a sviluppare una competenza in più: quella dell’attenzione.

Cosa significa rendere sicura la casa per il bambino?

La sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso **l'attenzione di noi adulti**:

- alla temperatura dell'acqua del bagnetto
- alla posizione del bambino nel lettino
- a non bere bevande calde quando si ha in braccio il bambino
- a posizionarlo sempre su un piano stabile per cambiarlo
- agli oggetti che può portare alla bocca
- ad allacciare le cinture quando è seduto nel passeggino, nell'ovetto, nel seggiolino dell'auto...

Ma, quando il bambino diventa più autonomo nel movimento all'attenzione bisogna aggiungere una **diversa disposizione degli oggetti**.

E allora dobbiamo chiederci:

- I detersivi sono raggiungibili?
- I farmaci sono a portata di mano?
- Piatti, bicchieri e oggetti fragili a che altezza li abbiamo posizionati?
- Le porte a vetri sono protette?
- Coltelli e oggetti taglienti o appuntiti sono fuori dalla sua portata?

Con il passare delle settimane le competenze aumentano e con queste le domande:

- Ormai sa aprire il rubinetto dell'acqua, a che temperatura è regolata la caldaia/boiler?
- Ormai si arrampica sugli scaffali della libreria, l'abbiamo fissata al muro?
- Ormai si avventura per le scale, abbiamo montato il cancelletto?
- Ormai è curioso di scoprire cosa bolle in pentola, abbiamo posizionato il reticolo di protezione per i fornelli?

Cosa fare

In questi anni sono stati prodotti in diverse ASL italiane materiali informativi sulla prevenzione degli incidenti domestici indirizzati a specifici target di popolazione: i bambini di diverse fasce di età, i genitori, gli anziani, gli adulti, donne e uomini. Se è vero infatti che bambini nei primi anni di vita e anziani sono i soggetti più a rischio, è vero anche che nessuna fascia d'età ne è esente.

Per quanto riguarda i bambini piccoli il progetto più organico rivolto ai genitori è il **"Baby Boom"** promosso dal CCM, che fa leva sul **counselling breve ripetuto** considerato dalla letteratura uno strumento di intervento efficace.

Chi e quando può fare il counselling con i genitori?

L'offerta di assistenza nel percorso nascita presenta più occasioni di incontro con i genitori da soli e, successivamente, con genitori e bambini nei primi anni di vita. Il progetto CCM prevede di utilizzare quelle che vengono denominate "*occasioni opportune*" per implementare il programma di informazione.

Già in gravidanza il corso di preparazione al parto può rappresentare un momento introduttivo all'argomento; momento importante per il coinvolgimento dei papà per almeno due buoni motivi: non sono come la mamma preoccupati prioritariamente dal parto e, nella maggior parte dei casi maneggiano meglio trapano e martello. Inoltre, un compito affidato in modo particolare alle loro capacità può farli sentire più partecipi all'attesa del bimbo.

La gravidanza è il momento dei progetti e dei grandi cambiamenti anche per **preparare la casa** all'arrivo del bambino; inoltre, il bambino non è ancora presente con tutte le sue pressanti esigenze e i genitori possono dedicarsi con tranquillità alla sicurezza della casa e alla sua riorganizzazione. Per questo è molto importante iniziare il discorso in questa fase. Purtroppo non tutti i genitori partecipano ai corsi pre parto, mentre l'ospedale è il luogo nel quale quasi tutti arrivano per la nascita.

Nel periodo di ricovero tuttavia le preoccupazioni dei genitori sono tante e la loro attenzione rispetto a questo tema può essere ridotta, è importante quindi calibrare l'eventuale rinforzo tenendo conto della loro ricettività. Comincia qui quel percorso di counselling breve che, con opuscoli semplici e mirati alle diverse fasi di crescita, messi a disposizione da questo progetto, accompagnerà il genitore nei primi anni di vita del bambino.

La differenza tra il counselling breve e la consegna di un opuscolo informativo sta nelle parole dell'operatore che accompagnano, sottolineano, stimolano il ricordo di esperienze precedenti e favoriscono la riscoperta di tutte le potenzialità che ognuno di noi può mettere in campo per trovare la soluzione giusta al problema.

La comunicazione, secondo il modello organizzativo locale, prosegue poi, per esempio, nei "Bilanci di Salute", nelle "Sedute Vaccinali", negli incontri presso i Consulteri Pediatrici e i Consulteri Familiari, in occasione dei corsi di "Massaggio Neonatale" o di incontri a tema o quando si danno consigli alimentari e di cura e igiene del bambino.

Tutti momenti dove non vi è un problema di patologia, ma si affrontano temi legati agli stili di vita ed alla prevenzione e quindi perfettamente in linea con un'azione rivolta alla sicurezza.

Un'attenzione specifica dovrà essere rivolta alle occasioni opportune, possibili con le famiglie straniere e con le fasce di popolazione tendenzialmente periferiche rispetto all'utilizzo dei servizi, che secondo i dati sono più esposte al rischio.

L'importanza della formazione

Quello di cui parliamo è un vero lavoro di squadra che va organizzato e valutato costantemente poiché la perdita di un tassello può avere ricadute negative sull'intero sistema. Le persone che possono entrare a far parte della rete lavorano in servizi diversi con professionalità diverse, e dato l'interesse relativamente recente sul tema, la maggioranza

degli operatori non risulta ancora adeguatamente formata. Pertanto, il progetto del CCM ha previsto un percorso di formazione a cascata per tutti gli operatori del Dipartimento Materno Infantile, dei Servizi Vaccinali, dei Pediatri di Libera Scelta mettendo a disposizione un pacchetto didattico che verte sia sugli aspetti epidemiologici e sulle dinamiche degli incidenti domestici, sia sulle tecniche di counselling breve.

Cosa si può ancora fare

Poiché i bambini crescono è importante che poco per volta diventino soggetti attivi nella prevenzione degli incidenti ed è importante che essi sviluppino la capacità di proteggersi imparando a individuare i rischi, per poterli evitare. Per questa fase di lavoro il partner ideale è la scuola, che dagli 1/3 anni raccoglie nei suoi spazi una percentuale sempre crescente di bambini, che accompagna sino alla scuola dell'obbligo.

Gli operatori della scuola dell'infanzia oltre ad organizzare in modo sicuro gli spazi, fornendo così anche un esempio, sono specializzati negli aspetti comunicativi/relazionali per la fascia di età dei più piccoli e con loro è necessario lavorare per dare ai contenuti la forma più adatta per diventare gioco, filmato, sceneggiatura, filastrocca... in grado di colpire la fantasia del bambino perché questi temi vengano compresi e fatti propri.

Ci si sta dunque orientando alla costituzione di tavoli congiunti scuola/sanità per la realizzazione di proposte didattiche e per l'organizzazione di percorsi formativi per il personale scolastico.

A cura di Rosa D'Ambrosio, Giorgiana Modolo, Sara Farchi

Bibliografia

Riferimenti sono reperibili nei vari siti dedicati:

http://www.ccm-network.it/prg_area2_incidenti_domestici_promozione_salute

Il counselling in più

È sicuramente essenziale individuare e, se necessario, creare le “occasioni opportune” per diffondere e consolidare la cultura della prevenzione degli incidenti domestici nelle famiglie. Si tratta di un aspetto della prevenzione del tutto particolare per almeno tre motivi:

1. presenza di fattori di rischio *strutturali* (arredamento, suddivisione degli spazi abitativi, presenza di sostanze potenzialmente dannose, ecc.) e *comportamentali* (età e stile esplorativo del bambino, ma anche stile familiare nell'equilibrio controllo-autonomia, eventuali atteggiamenti di iper o ipovalutazione dei rischi, ecc.)
2. *Modificabilità* di entrambi i fattori nel corso del tempo: una casa resa sicura per un bambino di pochi anni può non esserlo più per un bambino più grande; modificazioni familiari possono aver portato all'interno della casa elementi o sostanze rischiose che prima non c'erano (per esempio l'accumulo di medicinali per un familiare ammalato). Allo stesso modo, l'attenzione dei familiari ai movimenti e alle azioni del bambino può cambiare sulla base delle esperienze: bambini percepiti come “tranquilli”, cioè in qualche modo non a rischio, tendono a essere sorvegliati meno dei cosiddetti bambini-terremoto.
3. *Necessità di coinvolgere progressivamente il bambino nella cultura della prevenzione*, cosa che può essere fatta solo sensibilizzando la famiglia e fornendole il necessario supporto: gli interventi scolastici, pur essenziali, risultano assai meno efficaci se la famiglia non condivide obiettivi e stile dell'intervento preventivo. I genitori devono essere affiancati nella ricerca e nel mantenimento di uno stile educativo valido nei confronti del bambino che cresce e dei suoi comportamenti relativi ai rischi e alla sicurezza.

I pediatri, così come gli operatori dei consultori e altri professionisti sanitari, incontrano normalmente i genitori in occasioni che già di per sé sono “occasioni opportune”: il loro intervento dovrà adeguarsi alle caratteristiche specifiche di quel momento.

Fase prenatale

In questo periodo i genitori sono, in genere, motivati e interessati nei confronti di tutto ciò che riguarda lo spazio di accoglienza per il loro bambino. Non dimentichiamo però che il bambino che vive nell'immaginazione dei genitori in questa fase non è un “vero” neonato: è un bebè di 4-5 mesi, quindi meno fragile di un neonato ma non ancora attivo come un bambino più grande. Sarà quindi necessario:

1. Verificare se e quanto la percezione dei rischi e la creazione di situazioni sicure fa già parte dell'atteggiamento spontaneo della coppia: il professionista introdurrà l'argomento chiedendo ai genitori se hanno già cominciato a pensare a spazi e oggetti per il bambino che deve nascere, e proseguirà chiedendo se hanno anche pensato al problema della sicurezza e delle riduzioni di possibilità di incidenti. La verifica sulla propensione dei genitori all'adozione di misure preventive degli incidenti fin da questa fase del percorso nascita è di grande importanza: esistono genitori

che tendono a sottovalutare i rischi o a esprimere posizioni eccessivamente fatalistiche (“*gli incidenti se devono capitare capitano. Non si può mica tenere i bambini sotto una campana di vetro...*”); ma esistono anche genitori preoccupati in modo eccessivo, che possono essere ulteriormente spaventati da un discorso sui rischi di incidenti. Lo stile educativo del professionista deve tenere conto di queste differenze, non suonare eccessivo o allarmistico e contenere sempre indicazioni pratiche realistiche e sensate.

2. Concentrare il discorso più sugli aspetti strutturali (oggetti sicuri, spazi adeguati ecc.) che sui comportamenti: l’obiettivo in questa prima fase è di rendere sensibili i genitori al discorso sicurezza in casa, che al momento è legato alla scelta di tutto ciò che servirà ad accogliere – in sicurezza – il loro bambino. Le modalità comportamentali si struttureranno in seguito, parlarne in anticipo rischia di essere generico e scarsamente motivante.
3. Segnalare che la ricerca di una maggiore sicurezza in casa sarà un argomento fondamentale, che verrà affrontato spesso e con contenuti diversi man mano che il bambino cresce e diventa più autonomo.

Primi mesi di vita

Nei mesi in cui la sicurezza del bambino dipende maggiormente dagli adulti che si occupano di lui i rischi maggiori sono legati alla inesperienza, alla stanchezza, alla fretta e al nervosismo dei genitori nel corso delle attività quotidiane di accudimento. Sono relativamente rare le situazioni in cui i genitori “non erano a conoscenza” delle misure di precauzione relative ad esempio alla temperatura dell’acqua del bagnetto, alla sicurezza dei piani di appoggio ecc.: più spesso l’incidente o il rischio di incidente nasce in una situazione complessiva di tensione che riduce l’attenzione e le capacità di reazione.

Proprio in questa fase un intervento di educazione alla prevenzione degli incidenti domestici troppo generico e impersonale rischia di essere controproducente. Ad esempio: eccedere in indicazioni generiche sulla possibilità di prevedere e prevenire gli incidenti, sulla responsabilità degli adulti, sulla necessità di una attenzione costante può risultare difficile da tollerare per una mamma stanca e stressata, o per una mamma che sta per ritornare al lavoro e si trova a dover lasciare la sicurezza del suo bambino nella mani di altri.

Il professionista dovrà anche in questo caso:

1. Partire dalla concreta e specifica situazione di vita di quei genitori: chi si occupa del bambino, in quali ambienti, quali difficoltà sono comparse, come sono state affrontate.
2. Limitare le indicazioni alle situazioni caratteristiche dei primi mesi di vita del bambino: temperatura dell’acqua del bagnetto, gesti e azioni degli adulti quando lo tengono in braccio, sicurezza dei piani su cui viene posto il bimbo, ecc.
3. Collegare queste indicazioni a tutto ciò che rientra nelle altre azioni positive per la sicurezza: sicurezza in auto, posizione nel sonno, ecc., costruendo un piano complessivo che rafforzi l’atteggiamento di attenzione dei genitori per tutto ciò che riguarda la sicurezza del loro bambino.

4. Segnalare l'importanza dei futuri cambiamenti del bambino, la conquista di abilità che lo renderanno via via meno controllabile, ma che possono essere controbilanciate da misure di sicurezza che, man mano, verranno discusse con i genitori e da un atteggiamento educativo valido e responsabile.

Impostato in questo modo il discorso sicurezza acquista una continuità che il professionista manterrà attiva, collegandosi ad ogni nuovo intervento alle informazioni che ha già dato, ai racconti che quei genitori gli avranno fatto, alle caratteristiche che quel bambino svilupperà nei mesi e negli anni.

Le prime conquiste: il bambino, lo spazio, gli oggetti

La conquista della capacità di raggiungere oggetti, di spostarsi, di afferrare, sollevare, tirare, rappresenta una tappa dello sviluppo del bambino desiderata e temuta dai genitori. In ogni famiglia questa fase è particolarmente ricca di interventi nei confronti del bambino: divieti, rimproveri, prediche, ammonimenti, punizioni... È importante che il pediatra sappia affrontare con i genitori il tema del "come", in famiglia, si stanno strutturando le prime regole su permessi e divieti, limiti e trasgressioni, cose da fare e cose da non fare, e sul modo del loro bambino di rispondere a quelle regole. Il discorso educativo sulla sicurezza comincia nel primo anno di vita e si svilupperà, coinvolgendo sempre di più il bambino, fino agli anni dell'adolescenza.

Il punto di partenza deve essere sempre la specificità di quella famiglia e di quel bambino: il pediatra di famiglia occupa una posizione privilegiata nell'osservazione dello stile educativo dei genitori e ha la possibilità di adeguare i propri interventi informativi ed educativi a ciò che osserva e a ciò che riesce a farsi raccontare da loro. Con genitori troppo protettivi e preoccupati sarà quindi opportuno sviluppare il discorso della prevenzione degli incidenti puntando maggiormente sullo sviluppo di competenze motorie e autoprotettive da parte del bambino, sull'importanza di consentirgli esperienze in situazione controllata ma non eccessivamente bloccata. Con genitori che segnalano difficoltà a limitare le azioni del bambino o a fargli rispettare regole e divieti sarà invece utile un affiancamento nella conquista di un atteggiamento più autorevole e rigoroso.

I genitori chiedono con una certa facilità "come" comportarsi con un bambino troppo esplorativo, avventuroso o incurante dei divieti. Meglio non dare risposte preconfezionate (purtroppo, o per fortuna, non c'è una formula predefinita per armonizzare controllo e autonomia nel rapporto genitori-bambini) e utilizzare invece una modalità esplorativa: cosa considerano preoccupante o rischioso in quel periodo, cosa succede in genere quando devono bloccare un comportamento rischioso del loro bambino, cosa funziona di più, cosa funziona di meno, cosa altro hanno pensato di fare. Spesso all'interno di queste descrizioni compaiono indicazioni interessanti: ad esempio, ci si può accorgere che i genitori si sono concentrati sui rischi legati ai comportamenti esplorativi del bambino, ma sono diventati meno attenti agli aspetti strutturali della casa o alle possibili modificazioni che renderebbero meno rischiosa l'esplorazione. Fornire ai genitori indicazioni pratiche

sulle misure strutturali consigliabili per ridurre i rischi può contribuire e ridurre l'ansia, che non è mai un fattore favorevole nella conquista di comportamenti sicuri.

Un discorso a tre

Come in ogni intervento di tipo educativo, il bambino dovrà essere coinvolto al più presto nelle conversazioni fra il pediatra e i suoi genitori circa la sua sicurezza e la prevenzione dei rischi. L'obiettivo "responsabilizzazione" va perseguito in modo ragionevole, adeguandolo sia all'età del bambino che alla sua capacità di pensiero astratto. Già dai 4-5 anni risultano molto utili interventi che affidano al bambino il compito di osservare e segnalare alcune possibili situazioni rischiose: *se vedi in giro detersivi o medicinali, dillo alla mamma (alla nonna), così le ricordi di metterli al loro posto. Se c'è una pentola che fa fumo vuol dire che dentro c'è qualcosa di bollente, di alla mamma di fare attenzione...* Modalità di questo genere evitano che si crei uno schieramento "saggio" composto da genitori e pediatra che alternano prediche e rimproveri, minacce e colpevolizzazioni nei confronti del bambino e dei suoi comportamenti.

Le "modalità barriera" che Thomas Gordon indica nei suoi libri sulla comunicazione efficace come ostacoli alla buona comunicazione, definendole elementi del "linguaggio del rifiuto", sono in effetti frequentissime negli interventi di genitori e professionisti sui comportamenti a rischio. La loro scarsissima efficacia, che ogni genitore ha sperimentato a proprie spese, non basta a ridurre la frequenza: è necessario avere a disposizione un altro modo di parlare di rischio, valorizzante e non colpevolizzante, coinvolgente e non accusatorio per uscire dalle modalità barriera e impostare un discorso con reali valenze educative.

Man mano che il bambino cresce, il discorso a tre (pediatra, genitori, bambino) sulla prevenzione degli incidenti si arricchirà e si personalizzerà, utilizzando gli eventi del ciclo di vita familiare (nascita di un fratellino, trasloco, conquista della prima cameretta da solo) per portare avanti un discorso che si rivelerà prezioso nell'adolescenza: quello della precauzione e della prevenzione.

Un momento delicato: dopo un incidente avvenuto o rischiato

Merita particolare attenzione l'intervento del professionista con genitori e bambini che hanno sperimentato un incidente domestico, o che lo hanno anche soltanto rischiato.

È importante che il professionista sappia se nella famiglia che ha di fronte è successo qualcosa del genere: se il bambino ha avuto un incidente molto probabilmente il pediatra lo ha saputo, ma non necessariamente un incidente "rischiato" viene raccontato spontaneamente. Un approccio narrativo al tema "sicurezza-rischi-incidenti" è in genere il più produttivo e il meno rischioso: domande tipo "come state affrontando questo periodo di crescita e di maggiore autonomia del bambino? Vi sembra che sia sufficientemente attento, riuscite a farvi ascoltare quando gli date indicazioni per la sua sicurezza...?" permettono ai geni-

tori di condividere sia la comparsa di comportamenti più “avventurosi” del bambino che un particolare episodio che può averli coinvolti di recente.

Gli incidenti avvenuti o rischiaty possono innescare nella famiglia reazioni di diverso tipo: riduzione degli spazi di autonomia del bambino, colpevolizzazione di uno degli adulti con riduzione dei suoi spazi educativi nei confronti del bambino, modificazione delle scelte di vita familiari, ecc. In altri casi l'incidente entra nel mito familiare, viene riutilizzato come aneddoto o come prova della incoscienza, inaffidabilità, imprudenza del bambino, usato come minaccia o come monito (*non vorrai mica finire di nuovo al pronto soccorso..*). In ogni caso perde in gran parte il suo potenziale di esperienza che produce apprendimento.

Più l'incidente è stato grave, o comunque traumatico per l'equilibrio familiare, più sarà utile che il pediatra trovi il modo di attivare una ricostruzione positiva dell'equilibrio in tema di sicurezza. Si tratta essenzialmente di ridurre la focalizzazione colpevolizzante sull'accaduto (attenzione centrata sul passato e sugli errori commessi) e attivare la ricerca delle misure da adottare in futuro per aumentare la sicurezza in casa.

In conclusione

Il tema degli incidenti domestici è fra i più delicati da trattare in un intervento educativo: le indicazioni di misure strutturali per rendere più sicura la casa, l'indicazione dei comportamenti più sicuri o la descrizione dei rischi più frequenti non si trasformano facilmente in regole di comportamento più sicuro se non sono inserite in un discorso più ampio e più approfondito sulla cultura della sicurezza. Tutti gli operatori del percorso nascita hanno occasioni di intervento nelle varie fasi, il pediatra ha una posizione privilegiata per seguire nel tempo questo compito educativo e adeguarlo al susseguirsi dei cicli di vita familiari, e per coinvolgere sempre di più i bambini insieme ai genitori nella ricerca di comportamenti più sicuri.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it